

Sialolito em glândula submandibular – relato de caso

Sialolith in submandibular gland – case report

José Luiz Bernardon Pretto*
Rosilene Andrea Machado**
Roger Lanes Silveira**
Hedelson Odenir Lecher Borges**
Rogério Miranda Pagnoncelli***

Resumo

Sialólitos são definidos como estruturas calcificadas que se desenvolvem nas glândulas salivares ou em seus ductos. Em geral, são assintomáticos e de evolução lenta. Métodos de diagnóstico incluem a inspeção e a palpação, além da verificação da quantidade e qualidade da saliva secretada. O exame radiográfico é um método complementar e útil na confirmação da sialolitíase. O presente trabalho tem por objetivo realizar uma breve revisão bibliográfica sobre sialólitos, ressaltando a importância de métodos conservadores para obtenção de êxito no tratamento, e descrever a técnica cirúrgica a ser realizada para a remoção dessas calcificações com a apresentação de um caso clínico.

Palavras-chave: Cálculos. Terapia. Cirurgia bucal.

Introdução

Sialólitos são definidos como estruturas calcificadas que se desenvolvem nas glândulas salivares maiores e/ou em seus ductos, podendo estar associados também às glândulas salivares menores. Em geral, são assintomáticos e de evolução lenta¹. A severidade da sintomatologia, quando presente, está diretamente ligada ao grau de obstrução do ducto^{1,2}. São comuns em pacientes que estão entre a terceira e quarta décadas de vida, acometendo em maior escala indivíduos do sexo masculino^{2,3}.

Durante as refeições, pode ocorrer aumento de volume local, muitas vezes associado a sintomatologia dolorosa, além de drenagem de exsudato purulento pelo orifício excretor do ducto, caracterizando um quadro de sialodênite^{3,4}.

Quando no interior do ducto, o cálculo salivar tem forma fusiforme, cilíndrica ou esférica, podendo obstruir o escoamento salivar. Quando intraglandulares, os cálculos são aglomerados irregulares e multifacetados, necessitando-se, assim, realizar a exérese da glândula².

Os cálculos salivares crescem por deposição, numa taxa estimada de 1 a 1,5 mm por ano; variam de 0,1 a 3 mm em tamanho, sendo que 77% dos sialólitos medem de 0,3 a 0,5 cm de diâmetro. O local mais comumente acometido é a glândula submandibular, onde de 60 a 90% dos cálculos são encontrados^{2,3,5,6}.

* Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela PUCRS.

** Mestres e alunos do curso de Doutorado em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela PUCRS.

*** Professor do curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da PUCRS; mestre e Doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela PUCRS.

Os sialolitos não estão associados a nenhuma doença sistêmica ou metabólica,³ entretanto fatores locais, como trauma, podem levar a mudanças inflamatórias na glândula afetada, desencadeando o processo⁵.

Os sialolitos são facilmente palpáveis nas porções periféricas dos ductos salivares e é comum que os cálculos sejam expelidos espontaneamente pela pressão que a saliva retida exerce².

Métodos de diagnóstico incluem a inspeção e a palpação, a verificação da quantidade e qualidade da saliva secretada, os exames radiográficos convencionais, a sialografia, a tomografia computadorizada, a cintilografia e a endoscopia. A “ordenha” glandular pode ajudar a estabelecer o diagnóstico de sialolitíase³.

O exame radiográfico de tecidos moles pode ser útil na confirmação do diagnóstico da sialolitíase em glândulas salivares menores. No entanto, radiografias sem calcificações visíveis não eliminam o diagnóstico de sialolitíase em glândulas salivares, pois os cálculos apresentam diferentes graus de mineralização⁵.

Menezes Filho et al.⁷ (2001) relatam que o uso de calor externo, calor interno e bochechos com suco de limão são responsáveis pelo deslocamento de cálculos submandibulares, proporcionando a expulsão espontânea da maioria dos cálculos localizados na intimidade da glândula. Os autores afirmam que os cálculos que não são expulsos espontaneamente necessitam apenas de pequena incisão sobre a porção anterior do ducto salivar.

O presente trabalho tem por objetivo realizar uma breve revisão bibliográfica sobre sialolitos, ressaltando a importância de métodos conservadores para obtenção de êxito no tratamento. Além disso, pretende-se descrever a técnica cirúrgica para remoção de sialolitos por meio da apresentação de um caso clínico.

Relato de caso

Paciente com 61 anos de idade, do sexo feminino, leucoderma, procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da PUCRS com queixa de dor abaixo da língua. Ao exame clínico apresentava elevação do assoalho bucal do lado esquerdo e, em manobra semiotécnica de ordenha da glândula submandibular, apresentava drenagem com secreção purulenta (Fig. 1). Após realizada a tomada radiográfica de eleição para esse caso (oclusal de mandíbula – Fig. 2), observou-se a presença de dois sialolitos: o primeiro localizava-se no terço posterior do ducto glandular, em região de difícil acesso cirúrgico; o segundo, em terço anterior, próximo à abertura do ducto, em local sensível à palpação.



Figura 1 - Aspecto clínico intrabucal do caso mostrando presença de secreção purulenta no óstio do ducto da glândula submandibular



Figura 2 - Radiografia oclusal de mandíbula evidenciando duas estruturas radiopacas no tecido mole do assoalho bucal

Foi estabelecida antibioticoterapia em virtude da constatação de sinais respectivos ao início de um processo infeccioso, denominado sialodenite. Em virtude da localização mais profunda de um dos cálculos, foi realizado protocolo de estimulação salivar por meio de bochechos com frutas cítricas, objetivando o deslocamento do cálculo para uma posição mais anterior. Consultas semanais foram realizadas com o intuito de controlar os resultados desta terapia. Após um período de três semanas, o sialolito localizado no terço anterior do ducto havia sido expelido e o que estava alojado no terço posterior havia se deslocado para uma posição favorável à remoção cirúrgica (Fig. 3).



Figura 3 - Radiografia oclusal evidenciando uma estrutura radiopaca no assoalho bucal após três semanas de terapia com substâncias estimuladoras da secreção salivar

Uma incisão paralela ao ducto, com aproximadamente 15 mm de comprimento, foi realizada próxima à carúncula submandibular esquerda, após realização da técnica anestésica infiltrativa local. Uma transfixação tecidual com fio de sutura de náilon (4-0) envolvendo o ducto foi realizada para promover a sua obstrução, prevenindo o deslocamento do sialolito em direção à glândula. A estrutura calcificada apresentava cerca de 4 mm de diâmetro, sendo removida e o ducto, irrigado com solução fisiológica a 0,9%. As suturas com fio de náilon (4-0) uniram o epitélio ductal ao epitélio do assoalho bucal (marsupialização), visando orientar a formação de novo local de drenagem salivar e evitar que o ducto sofresse colapso (Fig. 4 a 7).

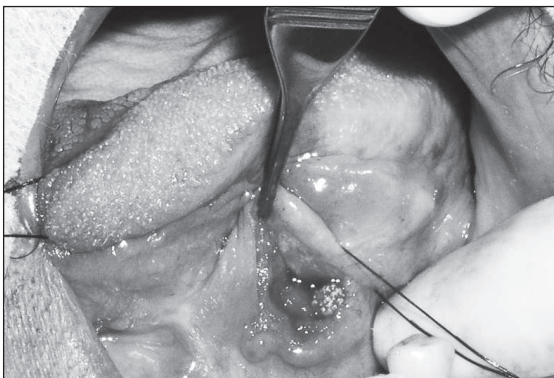


Figura 4 - Aspecto transcirúrgico evidenciando a localização do sialolito

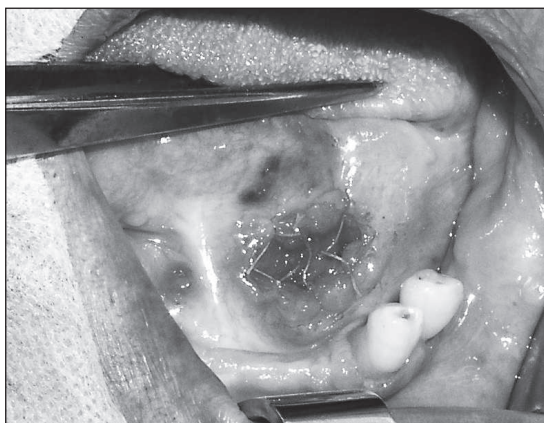


Figura 5 - Sutura (marsupialização)

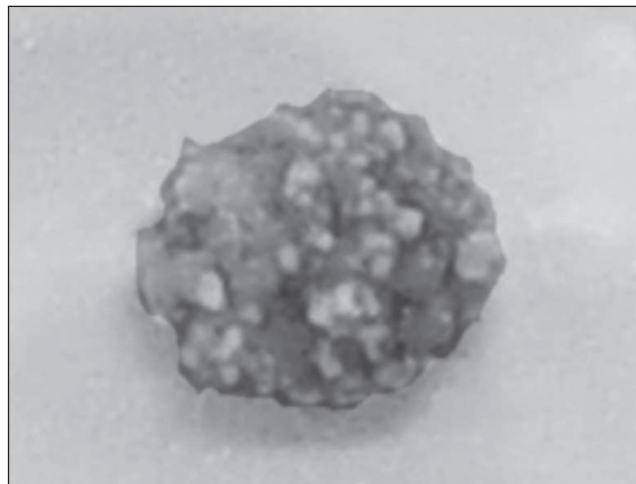


Figura 6 - Sialolito removido



Figura 7 - Pós-operatório de dez dias evidenciando novo local de drenagem salivar

O paciente autorizou a apresentação do caso clínico descrito neste trabalho por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido.

Discussão

Sialolitíase é a principal causa de edema difuso unilateral da glândula parótida ou submandibular⁸. De acordo com Choi et al.⁹ (2002), na maioria dos casos encontram-se apenas um sialolito (70-80%), dois em 20% dos pacientes e três ou mais em cerca de 5%.

Quanto ao sexo mais acometido por sialolitíase, não há consenso entre os autores⁵. Magnabosco Neto² (2002) e Kawakami et al.³ (1997) relatam predileção pelo sexo masculino, ao passo que Yamane et al.¹⁰ (1984) afirmam que não há preferência por sexo.

No caso clínico apresentado foi possível observar um aumento de volume do assoalho bucal, justamente pela obstrução do ducto da glândula submandibular. As estruturas calcificadas (dois sialolitos) impediam o fluxo salivar normal no local, fato verificado por meio da estimulação glandular.

Pela tomada radiográfica oclusal mandibular é que se pôde confirmar o diagnóstico inicial, estabelecer o número de sialolitos, bem como a terapia a ser utilizada. Segundo Peterson et al.¹¹ (2000), para

detectar cálculos nas glândulas submandibulares e sublinguais, o exame radiográfico solicitado nesse caso é o mais indicado. As radiografias panorâmicas podem revelar sialólitos tanto na glândula parótida quanto na submandibular, e as radiografias peria-picais podem demonstrar cálculos, dependendo da posição em que o filme é colocado. A sialografia é um exame auxiliar, obtido a partir da injeção de contraste radiográfico pelo ducto glandular. Este exame é utilizado na detecção dos sialólitos que não aparecem de forma radiopaca aos exames radiográficos e serve para avaliar também o grau de destruição dos ductos e glândulas salivares.

Uma radiografia oclusal pode mostrar o cálculo quando está localizado no assoalho bucal, enquanto que as radiografias panorâmicas, pósterio-anteriores de crânio e laterais oblíquas de mandíbula, além das tangenciais, para exames dos tecidos moles da bochecha, estão indicadas para a pesquisa de cálculos nas glândulas parótidas².

O diagnóstico diferencial é realizado pela sialografia, a qual estabelece o local da obstrução. No entanto, este exame é contra-indicado em quadros de sialodenite, podendo favorecer a disseminação do processo séptico³.

No caso de cálculos radiotransparentes, pode-se empregar o uso da tomografia computadorizada ou da ressonância magnética, que são métodos efetivos para a visualização das glândulas salivares e dos tecidos circundantes².

No caso apresentado, a localização de um dos cálculos estabelecia um elevado grau de dificuldade para a execução do acesso cirúrgico. Optou-se, então, pela estimulação salivar, segundo relato de Menezes Filho et al.⁷ (2001). Para isso, utilizaram-se bochechos com suco de limão três vezes ao dia por uma semana.

A escolha do tratamento está diretamente ligada à localização do cálculo salivar. Para os sialólitos localizados próximo ao óstio, o cateterismo e a dilatação de conduto facilitam e permitem a sua remoção. Os sialólitos localizados na metade anterior do ducto necessitam de uma intervenção cirúrgica e os localizados na porção posterior do ducto ou intra-glandulares, por vezes, obrigam a remoção total da glândula envolvida. Porém, a abordagem cirúrgica direta da glândula salivar poderá trazer como complicações, entre outras, uma fístula salivar de difícil resolução e de prognóstico desfavorável^{1,2}.

No caso ora apresentado, concomitantemente com a resolução da sialodenite realizou-se a intervenção cirúrgica, levando-se em consideração a necessidade de impedir o deslocamento posterior do cálculo e a prevenção da obstrução do ducto. Segundo a literatura, o tratamento cirúrgico é indicado e relata-se um bom prognóstico para os casos em que há necessidade^{2,5}. Em situações clínicas mais avançadas, a intervenção cirúrgica consiste na excisão da lesão e da glândula acometida juntamente com uma margem de tecido normal, eliminando o sialólito e os tecidos glandulares inflamados circundantes⁵. A sialolitíase pode recorrer, necessitando, assim, de nova abordagem terapêutica⁵.

Considerações finais

O tratamento realizado foi embasado em estudos e relatos de casos atuais, tendo sido obtida eficácia clínica, que resultou na eliminação dos sinais e sintomas do paciente. Ainda, a opção inicial por um tratamento conservador beneficiou o paciente, eliminando a necessidade de uma intervenção cirúrgica mais extensa.

Abstract

Sialolith is a slow-growing calcified mass that grows in salivary glands or in their ducts. It is generally asymptomatic and of slow progress. Diagnosis methods include inspection and palpation, besides verifying the quantity and quality of the saliva secreted. The radiographic examination is a additional and useful method to confirm sialolithiasis. The objective of this work is to carry out a brief bibliographical review about sialolith, highlighting the importance of methods in order to obtain a successful treatment, as well as to describe the surgical technique to be accomplished for removal of these calcifications along with the presentation of a clinical case.

Key words: Calculus. Therapy. Oral surgery.

Referências

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JS. Patologia oral e maxilofacial. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
2. Magnabosco Neto AE. Sialólito na região de uma glândula parótida – relato de um caso clínico. BCI 2002; 9(35):210-4.
3. Kawakami RY, Padovan LEM, Matsumoto MA, Ribeiro Júnior PD, Fraga SC. Sialolitíase recorrente: relato de caso clínico. Rev Fac Odontol Lins 1997; 10(1):33-9.
4. Topazian RG, Golberg MH. Infecções maxilofaciais e orais. 3. ed. São Paulo: Santos; 1997. p. 320-37.
5. Costa LJ, Sampaio MCC, Carvalho AAT, Lucena LBS, Rockenbach MIB. Sialolitíase de glândulas salivares menores – relato de um caso. Rev ABO Nac 2001; 9(5):307-9.
6. Makdissi J. Growth rate of salivary glands calculi: an interesting case. Br J Oral Maxillofac Surg 2003; (41):414.
7. Menezes Filho JF, Alencar ARP, Menezes AG, Gorisch MR, Oliveira AJ. Tratamento clínico das sialadenites e sialodolquites obstrutivas da glândula submandibular. BCI 2001; 8(31):211-5.
8. Francis M, Pavel D. Sialolithiasis management: the state of the art. Arc Otolaryngol Head Neck Surg 2003; 129(9):951-6.
9. Choi J, Kim IK, Oh NS. Multiple sialoliths in sublingual gland: report of a case. Int J Oral Maxillofac Surg 2002; 31:562-3.
10. Yamane GM, Scharlock SE, Jain R, SunderRaj M, Chaudhry AP. Intraoral minor salivary gland sialolithiasis. J Oral Med 1984; 39(2):85-90.
11. Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 57-67.

Endereço para correspondência

José Luiz Bernardon Pretto
Rua Marechal Bormann, 320-E, Sala 12
89802120 – Chapecó - SC
E-mail: jpretto@zipway.com.br

Recebido: 20.03.2006 Aceito: 09.10.2006